

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THESE

590

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

JOSIPOWICZ Izaak

né le 7 avril 1909 à Lodz (Pologne)

Séméiologie
des Lésions unguéales

PRÉSIDENT : M. TANON, *Professeur*

J. PEYRONNET ET Cie, EDITEURS

7, Rue de Valois. — PARIS

1939

THESE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

JOSIPOWICZ Izaak

né le 7 avril 1909 à Lodz (Pologne)

Séméiologie des Lésions unguéales

PRÉSIDENT : M. TANON, *Professeur*

J. PEYRONNET ET Cie, EDITEURS

7, Rue de Valois. — PARIS

1939



I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	OLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	TANON.
Médecine légale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	BALTHAZARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
Clinique médicale	CHIRAY
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEPEBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	N....
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	HOVLACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI	Neurologie et Psychiâtrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÉNEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE	Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT	Clinique Chirurgicale.
SÉZARY	
BASSET	
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	Clinique obstétricale.
VELTER	
ECALLE	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA SŒUR ET A MES FRERES

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène et Médecine préventive

Professeur de Clinique coloniale

Conseiller technique du Ministère de la Santé Publique

Inspecteur Général des Services techniques d'Hygiène

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

En le remerciant de l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.

A M. LE DOCTEUR LEVY-FRANCKEL

Assistant de l'Hôpital Saint-Louis

En le remerciant pour nous
avoir inspiré le sujet de thèse et
nous avoir guidé par ses conseils.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX A PARIS

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE
DE REIMS

SEMEIOLOGIE DES LÉSIONS UNGUEALES

Les maladies des ongles bien que très fréquentes ne sont pas connues par les médecins non spécialisés. Le fait s'explique par la bénignité relative de ces lésions et on ne leur attribue pas beaucoup d'importance.

L'ongle n'est pas un organe essentiel de l'organisme et quand il est plus ou moins malade il n'attire ni l'attention du malade ni celle du médecin. Il arrive que le médecin traitant aperçoit des anomalies des ongles mais vu leur peu d'importance, et peu d'influence sur l'organisme, il les néglige.

Pourtant il serait utile de connaître les différentes manifestations unguéales car elles peuvent nous aider dans un diagnostic d'une maladie cutanée ou viscérale. Difficile car les mêmes lésions des ongles se rencontrent au cours de diverses maladies générales.

Plusieurs auteurs ont déjà décrit diverses manifestations concernant les ongles, nous allons les classer sans entrer dans les détails, en un mot faire une semeiologie unguéale.

Nous divisons notre ouvrage en deux parties :

- 1^o Etude des diverses lésions.
- 2^o Diagnostic des affections d'après les lésions unguéales.

A. — TYPES DES PRINCIPALES ATTEINTES DES ONGLES

I. — TROUBLES DE LA COLORATION

L'ongle détaché du plan sous-jacent est normalement d'une coloration gris-jaunâtre.

Chez le sujet vivant la coloration de l'ongle varie sauf sur le bord libre qui garde la coloration gris-jaunâtre. Il prend une coloration rose qui est due au lit unguéal.

Dans certains cas pathologiques il perd cette coloration et devient noir, jaune, blanc, bleu ou violacé.

Coloration blanche

La couleur blanche peut envahir toute la lame d'ongle.

C'est la coloration blanche totale.

Le plus souvent on observe la coloration blanche partielle, ce qu'on appelle la leuconychie.

Elle s'observe sous la forme des taches ou bandes transversales qui débutent par la lunule et progressent avec la croissance de l'ongle vers le bord libre.

La leuconychie est due à la pénétration de fines

bulles d'air dans la lame le plus souvent à la suite d'un traumatisme.

Coloration jaune

La coloration jaune peut atteindre l'ongle partiellement par taches ou bien s'étendre du bord libre jusqu'à la matrice.

Le même phénomène s'observe pour la coloration brune ou noire.

Coloration violacée

C'est l'arc lilas de Milian.

L'arc d'une coloration rouge violacée de 1 à 2 mm. des dimensions apparaît au-dessus du point où la lame se détache du lit unguéal. En dessous on aperçoit un arc blanc.

II. — TROUBLES DE LA STRUCTURE

Anonychie

C'est l'absence de l'ongle.

L'anonychie peut porter sur tous les doigts et les orteils ou bien sur quelques-uns seulement.

Ainsi on observe l'anonychie des doigts, les ongles des orteils restent normaux.

L'anonychie peut atteindre certains doigts seulement (Anonychie familiale d'Ebstein).

Dans l'anonychie on ne voit aucune trace de la structure unguéale.

A la place d'ongle on voit le lit unguéal rougeâtre ayant l'aspect de la continuation de la peau du doigt. Le repli unguéal est absent.

Ongle épidermique

A la place d'ongle on trouve une petite masse cor-née molle.

Sa structure rappelle l'hyperkeratose. Au point de vue histologique c'est une légère atrophie du stratum malpighien et une augmentation de keratohyaline.

Micronyxis congénital

L'ongle est atrophié.

Il est très petit et irrégulier avec des sillons longitudinaux qui peuvent diviser l'ongle en deux parties.

Il peut siéger sur tous les doigts.

Le micronyxis coexiste parfois avec l'anonychie de certains doigts.

TROUBLES DE STRUCTURE CONCERNANT LA LUNULE

Les lunules varient avec les sujets.

Elles peuvent être grandes ou petites.

Chez certains sujets elles peuvent être invisibles sur tous les doigts ou bien sur quelques-uns.

Pour certains auteurs (Carton, Zoeller) les lunules constituent l'indice de vitalité. Ainsi le sujet sain a 8 à 10 lunules visibles. D'après ces auteurs ceux qui succombent des maladies infectieuses n'ont pas du tout de lunules ou n'ont que celles du pouce.

Amincissement de la lame

Sillon arciforme de *Beau*.

Ce sillon apparaît au niveau du repli sous-unguéal et progresse vers le bord libre d'ongle de 3 mm. environ par mois.

Généralement il est unique mais on voit parfois deux sillons sur le même ongle. Il peut siéger sur un seul ongle mais il n'est pas rare de voir plusieurs ongles atteints.

En général il apparaît quelques semaines après l'affection causale.

Dépressions punctiformes ou érosions ponctuées

Cette lésion consiste en un amincissement de la lame par place.

On voit sur la lame une série de dépressions des dimensions d'une tête d'épingle.

Elles peuvent être disposées en lignes transversales, longitudinales ou tout à fait irrégulièrement.

Elles ressemblent beaucoup aux dépressions qu'on voit sur le dé à coudre, d'où le nom des dépressions en dé à coudre.

Assez souvent la lame unguéale est parsemée par des sillons longitudinaux et des cannelures.

Ces phénomènes sont fréquents dans la vieillesse.

Une autre lésion c'est la *formation d'une crête verticale*.

Elle se termine au niveau du bord libre par une dépression. L'origine de cette affection est inconnue.

Pour certains auteurs elle est d'origine endocrinienne.

Hapalonychie

C'est un ramollissement de la lame unguéale qui a été décrit par *I. Heller*.

Une variation de l'hapalonychie est :

Egg Shell Nail de Nevens Hyde

La lame unguéale devient très mince et par la coloration et par la friabilité rappelle la membrane de la coquille d'œuf.

Sidération unguéale

Thibierge et Dubreuilh ont observé chez certains sujets l'arrêt de croissance d'ongle. L'origine de cette affection est inconnue.

Koïlonychie

A côté des lésions qui sont dues à l'amincissement régulier de la lame unguéale il existe un amincissement partiel, ce qui donne l'impression que la partie centrale d'ongle est enfoncée.

L'ongle reste convexe sauf à la partie lésée où il est concave.

On décrit comme une variété de cette affection : *l'ongle petaloïde*.

Il est caractérisé par le fait que les bords de lame se soulèvent légèrement.

EPAISSISSEMENT DE LA LAME

Scleronychie ou onychonyxis

Sur la lame dure et épaissie on voit les stries dispersées longitudinalement ou transversalement. La lame est colorée en même temps en brun ou en noir.

Cette lésion est due à pachyonyxis.

Onychogryphose

C'est une variété d'épaississement de la lame.

Elle s'épaissit, s'élève et s'incurve en même temps et perd ainsi sa forme normale.

L'élévation de la lame s'accroît par l'hyperkératose simultanée du lit unguéal.

La déformation est souvent très accentuée surtout sur les orteils.

L'ongle devient très dur et sa longueur dépasse 12 cm. La lame unguéale ressemble à la masse de corne et devient tellement dure qu'on n'arrive pas à la couper.

La lésion attaque le plus souvent le gros orteil mais on voit assez souvent plusieurs orteils atteints.

DÉCOLLEMENT ET DESTRUCTION DE LA LAME

Onychorrexia

Quand un sillon longitudinal porte sur toute l'épaisseur de la lame, il la divise en deux lamelles. C'est l'onychorrexia.

La lame peut être divisée aussi en trois parties.

Elle est très friable et très inégale et parsemée en même temps par des stries et des sillons longitudinaux.

Onychochizie

C'est le décollement de la lame.

Elle se sépare de la matrice et évolue vers le bord libre. Il se forme en même temps une lame nouvelle qui va remplacer la lame qui vient de se détacher.

Dans les cas rares on peut observer le décollement débiter par le bord libre et évoluer vers la matrice.

Helconyxis

C'est la destruction partielle de la lame.

Elle siège sur la lunule et a une forme arrondie. En dessous on voit le lit unguéal.

Onychophagie

C'est la destruction du bord libre d'ongle.

Elle se voit surtout chez les gens qui ont l'habitude de ronger les ongles.

Parfois la lésion est très importante et l'ongle reste très petit.

B. — DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS D'APRÈS LES LÉSIONS UNGUEALES

I. — D'APRÈS LA COLORATION

Coloration blanche totale

Elle accompagne très souvent le vitiligo ou albinisme.

Elle se rencontre aussi dans :

Acrodermite suppurée continue (*Hallopeau*) ou
Phlycténulose récidivante des extrémités (*Audry*).

Coloration blanche partielle

La leuconychie s'observe à la suite des traumatismes des ongles;

Troubles menstruels;

Alopécie en aires (*Sabouraud*).

Coloration jaune

Elle est très fréquente dans les mycoses des ongles.
C'est l'onychomycose.

Cette lésion est la même pour toutes les mycoses,
et pour savoir de quelle sorte de mycose il s'agit il est
nécessaire de faire une culture,

La maladie débute par une coloration jaune s'étendant rapidement. Le bord libre garde la coloration normale.

Ensuite apparaissent les taches des couleurs variables. Elles sont d'abord jaunâtre, ensuite jaune sale, jaune brun ou gris verdâtre. Elles commencent par le bord libre et progressent vers la matrice.

Dans certains cas on voit apparaître au début les taches de coloration jaune brun.

On observe en même temps l'hyperkeratose.

En dehors de l'onychomycose, la coloration jaune se voit aussi dans :

Eczéma chronique;

Pityriasis rubra pilaire;

Psoriasis;

Onyxis pyococcique où l'ongle prend une coloration jaune franc;

Maladie de Raynaud;

Erythromelalgie. Ici c'est le bord libre qui prend la coloration jaune;

Gale norvégienne. Coloration gris jaunâtre.

Coloration noire

On la voit ainsi que la coloration jaune dans l'onychomycose.

Chancre périunguéal et sous-unguéal où le noircissement d'ongle est suivi souvent de décollement et de la chute de la lame;

Syphilides pigmentaires des ongles. C'est la colo-

ration brun noirâtre de la lunule qui apparaît au troisième mois de la maladie;

Maladie de Raynaud;

Gangrène;

Sous l'influence de Hg.

Coloration brune

Se voit sous l'action du formol (Heller et Gallewski).

Coloration bleu

Cardiopathies.

La coloration bleu des ongles coexiste avec la teinte cyanotique générale des téguments.

Syncope;

Cachexie.

La coloration bleu de la lunule s'observe chez le sujet ayant absorbé le phénol-phtaleïne.

Coloration cyanotique

Intoxication par aniline (Boehm);

Acrocyanose et troubles de la circulation.

Coloration bleu violacé

Intoxication par Ag.

Beaucoup plus rarement s'observe la coloration grisâtre de la lame comme dans :

Lupus érythémateux.

Dans les léprides des ongles on voit un exanthème

de teinte sombre parcheminé du lit unguéal (Zambago Pacha).

Arc lilas

Cette lésion a été observée et décrite par Milian qui l'attribue à l'hérédo-syphilis.

On peut le voir aussi dans les autres maladies comme maladie de Raynaud mais il a une valeur diagnostique quand il existe sur deux ou trois ongles à la fois.

D'après Milian c'est un signe caractéristique de l'hérédo-syphilis.

II. — D'APRÈS L'AMINCISSEMENT DE LA LAME

Erosions ponctuées

Pour *Rosenau* elles sont dues au rhumatisme ou chorée. Elles débutent cinq semaines après une attaque de l'une de ces maladies et elles siègent sur la main droite.

D'après Milian cette lésion se voit surtout dans la syphilis. Elle peut être due soit à la syphilis acquise soit à la syphilis héréditaire.

Elle succède à un processus inflammatoire limité de la matrice. L'agent causal sont les tréponèmes qui se trouvent dans la matrice et qui deviennent virulents par intermittence (*Milian*).

Les érosions ponctuées de la syphilis ont une forme rectangulaire,

On les voit aussi dans :

Eczéma papulo-vésiculaire où elles sont irrégulières et petites.

Psoriasis. Elles sont plus grandes et plus nettes que dans l'eczéma.

Alopécie en aires.

Koïlonychie

On la voit dans :

Eczéma chronique;

Intoxication par As (Petges et Roux, J. Heller);

Anémie hypochrome (Thèse de Stewart) où elle peut être très précoce et exister avant que les autres signes d'anémie n'apparaissent;

Troubles endocriniens;

Alopécie en aires où la koïlonychie prend la forme d'ongle pétaloïde.

Sillon arciforme de Beau

Pour Speraussy le sillon de Beau est le stigmatisme de la syphilis. Il siège sur un ou plusieurs ongles. Il apparaît vers la cinquième semaine après la naissance et peut coexister avec une alopécie.

Maladie de Raynaud où il est accompagné de la douleur.

Le sillon arciforme peut être dû à une dermatose, une affection fébrile ou apyrétique.

On le voit aussi dans les intoxications :

Argent (Petges, Roux, J. Heller);

Arsénicale;

Ethylique;
dans les psychoses, délires, manies aiguës;
Alopécie en aires;
Chez les femmes en ménopause physiologique ou chirurgicale.

Hapalonychie

Le ramollissement de la lame se voit dans :
Psoriasis forme tardive. La lame devient en même temps irrégulière;
Maladie de Basedow;
Sous l'influence du formol.

Egg Shell Nail de Nevens Hyde

Cette lésion est observée surtout chez les femmes atteintes des troubles circulatoires locaux et acro-asphyxie.

Sillons transversaux

On les observe dans :
Eczéma médiatum striatum.
Ils ont 1 mm. de profondeur et sont symétriques.
Ils peuvent constituer le premier signe d'eczéma.
Pityriasis rubra pilaire. Les sillons sont accompagnés des fossettes;
Hérédo-syphilis;
Lupus vulgaire type déformant;
Lépromes de la matrice où les sillons longitudinaux prédominent;
Diabète;

Sclérodactylie;
Intoxication par Hg.

Amincissement de la lame

On le voit dans :

Tuberculome primitif de la matrice. L'amincissement est partiel et on observe aussi l'atrophie (Balzer, Boye, Barcot).

Lupus érythémateux. Ici la lame est aussi atrophiée et prend une coloration grisâtre.

Lépromes de la matrice.

EPAISSISSEMENT DE LA LAME

Onychogryphose

L'origine de cette affection est inconnue. Il s'agit probablement d'une pathogénie neuro-vasculaire.

Brachord et Rigaud ont décrit la forme familiale et héréditaire d'onychrophose.

On la rencontre dans :

Pemphigus chronique;

Maladie de Duhring (forme grave);

Lupus vulgaire (forme déformante, Lewandowski et Fischel);

Sclérodactylie (Heller).

Onychonyxis

C'est une affection peu fréquente, dont la cause est souvent peu évidente. On le voit surtout dans :

Lichen plan des ongles où les stries sont grises ou noires (Jadassohn) ;

Pityriasis rubra pilaire ;

Névrites tramatiques et infectieuses ;

Psychoses, délires, manies aiguës où le mécanisme est obscur ;

Troubles endocriniens, par exemple Femmes en ménopause ;

Anémie hypochrome (Stewart).

Epaississement général de la lame

Intoxication par le Pb.

L'épaississement de la lame est accompagné d'hyperkeratose. Parfois la lame est modifiée dans son épaisseur par place et elle devient irrégulière. Elle prend alors un aspect raboteux.

Pachyonychie congénitale.

L'épaississement des ongles est le signal symptôme. Il est aussi très précoce car il est presque toujours manifeste dès la naissance ou les premières semaines. On l'a vu cependant n'apparaître qu'à l'âge d'un ou deux ans (Burns, Siemens, Fuellenbaum) et même à 5 ans (Béchet).

Hérédo-syphilis.

La lame présente une crête longitudinale très marquée, souvent médiane.

Sclérodactylie où la crête est transversale.

Pityriasis rubra pilaire.

Psoriasis. L'ongle a un aspect raboteux.

Lupus vulgaire où il y a une formation d'un bourrelet.

Une forme particulière d'épaississement de la lame sont les saillies en forme de perles disposées dans le sens de la longueur de la lame, ce qui est manifeste dans les blessures des troncs nerveux.

DESTRUCTION ET DÉCOLLEMENT DE LA LAME

Onychophagie

Cette lésion est assez fréquente. On la voit dans :
Eczéma chronique, ainsi que chez les gens qui rongent les ongles;

Usure du bord libre

La cause de cette lésion est purement mécanique. On l'observe dans le prurit où l'ongle s'use par l'action du grattage.

Onychochizie

On la voit dans :

Radiodermites;

Pemphigus chroniques et Maladie de Duhring;

Mycose;

Panaris;

Onyxis pyococcique;

Chancre de l'extrémité du doigt;

Chancre péri-unguéal;

Chancre sous-unguéal;

Onyxis syphilitique;

Alopécie en aires;

Femmes en ménopause;

Anémie hypochrome;

Eczéma aigu;

Chez les travailleurs en cuir par infection microbienne probablement.

Le décollement de la lame se voit aussi dans le cas d'une forte exsudation qui peut aboutir à la chute d'ongle.

Onychorrexis

Est observé dans :

Lichen plan des ongles (Dubreuilh);

Pemphigus chronique;

Maladie de Duhring (forme grave);

Onyxis syphilitique.

Alopécie en aires;

Radiodermites;

Maladie de Basedow.

Helconyxis

C'est une affection rare et se voit surtout dans la syphilis acquise ou héréditaire (Onyxis syphilitique).

Chute des ongles

Eczéma aigu dans le cas d'une forte exsudation;

Psoriasis forme tardive;

Acrodermatite suppurée continue (Hallopeu) où la chute des ongles est définitive;

Chancre de l'extrémité du doigt;

Chancre péri-unguéal;

Chancre sous-unguéal;

Panaris;

Lépromes de la matrice;
Névrites traumatiques et infectieuses;
Tabès;
Maladie de Raynaud;
Diabète. La chute des ongles est spontanée;
Gelures.

Atrophie de la lame

Pemphigus chronique;
Maladie de Duhring;
Hérédosyphilis, onyxis atrophiant exfoliant (Gau-
cher);
Lupus érythémateux;
Intoxication par le Pb;
Radiodermites;
Tuberculome primitif de la matrice d'ongle.

Disparition de la lunule

Gelure;
Maladie de Basedow (Jansey et Henderson) où la
disparition de la lunule est fréquente;
Maladie de Raynaud.

Friabilité de la lame

Sous l'influence de certaines causes qui ne sont pas
bien connues la lame unguéale devient friable, ce qu'on
rencontre dans :

Eczéma chronique;
Maladie de Basedow;
Alopécie en aires;
Troubles endocriniens : Femmes en ménopause;

Anémie hypochrome.

Parfois la lame se crevasse et se fendille.

Dans l'eczéma aigu cette lésion revêt un aspect caractéristique, car l'eczéma évolue par poussées et on peut voir sur l'ongle deux zones altérées séparées d'une zone d'ongle normal.

Cette même lésion peut être manifeste aussi au cours d'eczéma chronique.

III. — MODIFICATION DE LA FORME D'ONGLE

Dans certaines maladies on peut observer les modifications d'ongles non seulement dans sa structure ou sa coloration mais aussi dans la forme.

On voit une exagération de la convexité d'ongle dans :

Tuberculose pulmonaire.

C'est l'ongle hippocratique. Il est plus fréquent chez les femmes blondes à peau fine (Heller).

Dans les cardiopathies les ongles prennent la forme des baguettes de tambour.

L'ongle peut présenter des incurvations longitudinalement et transversalement dans :

Pityriasis rubra pilaire;

Gale norvégienne;

Mycose (Köbner);

Syngomyélie. L'ongle est en bec de perroquet.

Enfin dans l'anémie hypochrome on constate l'élargissement d'ongle.

OBSERVATIONS

Service du D^r Weissenbach, Hôpital Saint-Louis

Mme K. V., 66 ans

La malade depuis son enfance présente aux deux genoux les lésions psoriasiformes caractérisées par des placards érythémato-squameux au niveau desquels le grattage méthodique ne montre pas nettement la pelli-cule décollable. L'exérèse des squames par grattage laisse apparaître l'hémorragie en nappe.

Les ongles sont légèrement striés dans le sens longitudinal et on observe une hyperkératose sous-unguéale surtout marquée aux orteils.

Mme R. L., 54 ans

La malade présente un granulome annulaire de la face dorsale de la main avec décollement de la lame et perionyxis surtout manifeste au médius droit. L'index et l'annulaire gauches présentent les mêmes lésions mais elles sont moins prononcées. On observe en outre une friabilité de la lame du médius droit et un aspect jaunâtre au niveau du bord libre surtout l'annulaire gauche.

Sous l'influence du traitement par antigène méthylique on voit le granulome annulaire s'améliorer ainsi que les lésions unguéales,

CONCLUSIONS

Les lésions unguéales sont multiples et fréquentes. Elles sont soit purement locales soit occasionnées par une maladie quelconque qui peut provoquer les modifications concernant la coloration, la structure et la forme de l'ongle.

Souvent l'origine de ces manifestations est inconnue et le traitement difficile. Quand la cause est évidente les altérations unguéales sont améliorées par le traitement de la maladie causale.

L'étude des ongles permet parfois de poser le diagnostic d'une affection viscérale ou cutanée.

Il serait exagéré de prétendre qu'elle seule ferait le diagnostic. On ne peut pas se baser exclusivement sur les lésions unguéales pour définir une maladie générale mais elles sont utiles quand les autres symptômes de cette maladie manquent ou sont peu marqués, car elles peuvent nous conduire sur la voie du diagnostic exact en nous orientant vers une maladie viscérale ou cutanée dont le diagnostic peut être posé par la recherche minutieuse des symptômes essentiels d'une lésion soupçonnée.

Vu, le Président de Thèse

TANON

Vu, le Doyen

TIFFENEAU

Vu et permis d'imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

Encyclopédie Médico-chirurgicale : Dermatoses réactionnelles des annexes de la peau, affections des ongles (A. LÉVY-FRANCKEL).

J. HELLER. — *Die Krankheiten der Nägel*, 1900.

MAUREL. — *Des lésions des ongles dans l'eczéma, psoriasis et les dermites artificielles de cause externe* (Montpellier, Thèse, 1921-22, n° 49).

BEAU. — *De certains caractères de semiologie générale présentés par les ongles* (Gazette des Hôpitaux, 1860).

ANCEL. — *Des ongles* (Thèse, Paris, 1868).

W. M. STEWART. — *Anémie Hypochrome, Achromique essentielle* (Thèse, Paris, 1937).

A. TOURAINE. — *Pachyonychie congénitale avec kératodermie et kératose disséminées de la peau et des muqueuses* (Presse Médicale, 6 nov. 1937).

Société d'Editions et d'Imprimeries

J. Peyronnet et Cie, Editeurs

7. Rue de Valois, Paris
